

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

POUR

213

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Pierre AUTIER**

Né à Sommedieue (Meuse) le 26 Novembre 1896

---

SUR QUELQUES CAS DE  
**BLÉPHAROCALAZIS**  
AVEC DOUBLE LÈVRE SUPÉRIEURE

---

*Président : M. P. LECÈNE, Professeur*

---

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1926



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Pierre AUTIER**

Né à Sommedieue (Meuse) le 26 Novembre 1896

SUR QUELQUES CAS DE  
**BLÉPHAROCALAZIS**  
AVEC DOUBLE LÈVRE SUPÉRIEURE

*Président : M. P. LECÈNE, Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1926

*Le Doyen* : M. ROGER

*Le Doyen* : M. ROGER

R. UNIV.  
BIBLIOTHEEK  
LEIDEN

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM.                                    | MM.                                     |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|
| BRAMI. . . . . Pathologie médicale.    | HOVELACQUE. Anatomie.                   |
| GLAVE. . . . . Pathologie chirurgicale | JOYEUX. . . . . Parasitologie.          |
| UBERTIN. . . . . Pathologie médicale.  | LABBE (Henri). Chimie biologique.       |
| ASSET. . . . . Pathologie chirurgicale | LARDENNOIS. . Pathologie chirurgicale   |
| AUDOUIN. . . . Pathologie médicale.    | LE LORIER... Obstétrique.               |
| INET. . . . . Physiologie.             | LEMAITRE. . . . Oto-rhino-laryngologie. |
| BLANCHETIERE Chimie biologique.        | LEMIERRE. . . . Pathologie médicale.    |
| BRANCA. . . . . Histologie.            | LEVY-SOLAL. . . Obstétrique.            |
| BRULE. . . . . Pathologie médicale.    | LHERMITTE. . . Pathologie mentale.      |
| BUSQUET. . . . Pharmacologie et ma-    | LIAN. . . . . Pathologie médicale.      |
| tière médicale.                        | MATHIEU. . . . Pathologie chirurgicale  |
| CADENAT. . . . Pathologie chirurgicale | METZGER. . . . Obstétrique.             |
| CHAMPY. . . . . Histologie.            | MOCQUOT. . . . Pathologie chirurgicale  |
| CHIRAY. . . . . Pathologie médicale.   | MONDOR. . . . . Pathologie chirurgicale |
| CLERC. . . . . Pathologie médicale.    | MOURE. . . . . Pathologie chirurgicale  |
| DEBRE. . . . . Hygiène.                | MULON. . . . . Histologie.              |
| de JONG. . . . . Anatomie pathologique | PHILIBERT. . . Bactériologie.           |
| DUVOIR. . . . . Médecine légale.       | RHIERRE. . . . Pathologie médicale.     |
| ECALLE. . . . . Obstétrique.           | RICHET Fils... Physiologie.             |
| FISSINGER. . . . Pathologie médicale.  | TANON. . . . . Pathologie médicale.     |
| FOIX. . . . . Pathologie médicale.     | VAUDESCAL. . . Obstétrique.             |
| GARNIER. . . . . Pathologie expériment | VERNE. . . . . Histologie.              |
| HARVIER. . . . . Pathologie médicale.  | VILLARET. . . . Pathologie médicale.    |
| HEITZ-BOYER. Urologie.                 |                                         |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

| MM.                                  | M. RETTERER. . . Histologie. |
|--------------------------------------|------------------------------|
| COUGEROT. . . . Pathologie médicale. |                              |
| HUENIOT. . . . . Obstétrique.        |                              |

## IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

### A TITRE PERMANENT

| MM.                |                                   | MM.               |                        |
|--------------------|-----------------------------------|-------------------|------------------------|
| JVRAY. . . . .     | Clinique chirurgicale.            | LÉRI. . . . .     | Clinique médicale      |
| EVASSU. . . . .    | Clinique chirurgicale.            | LÉPER. . . . .    | Clinique médicale      |
| GNEL-LAVASTINE.    | Clinique médicale.                | PROUST. . . . .   | Clinique chirurgicale. |
| REBOULLET. . . . . | Clinique médicale in-<br>fantile. | RATHERY. . . . .  | Clinique médicale.     |
|                    |                                   | SCHWARTZ. . . . . | Clinique chirurgicale. |

## V. — CHARGÉS DE COURS

|                            |                                                                                                                                 |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MAUCLAIRE, agrégé. . . . . | Chargé du cours de chirurgie orthopédi-<br>que pour les accidentés du travail, les<br>mutilés de guerre et les infirmes adultes |
| FREY. . . . .              | Stomatologie.                                                                                                                   |
| CHAILLEY-BERT. . . . .     | Éducation physique.                                                                                                             |
| LEDOUX-LEBARD. . . . .     | Radiologie clinique.                                                                                                            |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation*

A MA FEMME

---

A MES PARENTS

---

A MES BEAUX-PARENTS

---

A MON GRAND-PÈRE

A Monsieur le Professeur LECENE

Chirurgien de l'Hôpital St-Louis  
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire le grand  
honneur d'accepter la présidence de notre  
thèse.*

A MON MAÎTRE :

Monsieur le Docteur MORAX

Ophthalmologiste de l'Hôpital Lariboisière

*En hommage de reconnaissance pour  
son enseignement et sa grande bien-  
veillance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur THIROLOIX,  
Monsieur le Docteur CHEVRIER,  
Monsieur le Docteur LOUSTÉ,  
Monsieur le Docteur TREMOLIÈRES,  
Monsieur le Docteur GRIVOT,  
Messieurs les Docteurs ROUGET et RAMADIER.

A MES MAITRES en OPHTALMOLOGIE

Monsieur le Docteur BOLLACK.  
Monsieur le Docteur VALUDE,  
Médecin des Quinze-Vingts  
Monsieur le Docteur KALT,  
Médecin des Quinze-Vingts

## INTRODUCTION

---

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service d'ophtalmologie de l'Hôpital Lariboisière, deux sujets qui présentaient, en même temps qu'un Blepharochalazis, une malformation de la lèvre supérieure connue sous le nom de « Double lèvre ».

Si les observations de Blepharochalazis publiées jusqu'ici sont relativement nombreuses, les cas de « Double lèvre » rapportés sont très rares, et encore s'agit-il de double lèvre congénitale. Quant aux cas où était signalée la coexistence des deux affections nous n'en avons trouvé aucun dans la littérature médicale jusqu'en 1920. Ascher publiait plusieurs cas de Blepharochalazis avec double lèvre et goitre, à cette époque, et deux nouveaux en 1922.

Nous avons l'intention d'exposer d'abord les observations recueillies jusqu'ici, de voir en les analysant ce qu'on peut en tirer pour l'étude du Blepharochalazis et de la double lèvre; enfin nous essaierons en comparant ces deux affections de montrer leur ressemblance et, en retenant leur simultanéité, de donner des arguments en faveur de l'existence d'une pathogénie comparable.



## OBSERVATIONS

---

*Observation n° 1.* — Inédite recueillie dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière.

G. Maurice, 20 ans, soldat. Début à l'âge de 9 ans. Progressivement les paupières supérieures ont paru s'allonger en même temps que la peau devenait plus rouge à ce niveau; les symptômes se sont accentués : au bout de quatre mois environ la chute des paupières est devenue telle qu'elle gêne la vision.

Le malade est obligé de plisser son front et de rejeter la tête en arrière pour regarder en face de lui.

En même temps la lèvre supérieure subit dans sa portion intra buccale une modification telle que le malade a l'impression que sa lèvre s'allonge : elle le gêne pendant la mastication, parfois même le sujet mord sa lèvre en mangeant.

Aucun traitement jusqu'en 1925, époque à laquelle on pratique à l'Hôtel-Dieu une résection cutanée au niveau des paupières. Grosse amélioration.

Vient consulter à Lariboisière le 23 juin 1925.

Au repos, les paupières tombent flasques réduisant à quelques millimètres la fente palpébrale.

La peau fine, plissée comme un papier à cigarettes froissé, est violacée laissant voir par transparence des vei-

nosites. Elle forme un repli comme une besace vide, arrêté dans sa chute par les cils; ce repli plus marquée en dehors masque la commissure externe. En haut le sillon orbito palpébral supérieur est effacé.

Si le malade veut regarder un objet situé à hauteur de ses yeux il plisse son front rejette la tête en arrière.

Si l'on place entre les doigts le pli cutané, la paupière soulagée de ce poids peut s'élever au gré du malade, découvrir la cornée, prouvant ainsi qu'il n'y a pas de paralysie du releveur des paupières.

G. déclare que la coloration violacée locale s'exagère avec les variations de température et sous l'influence des émotions.



Quand la bouche est fermée sans effort, la lèvre supérieure semble normale, quand elle est ouverte la lèvre supérieure apparaît doublée d'un bourrelet qui forme comme une seconde lèvre située en arrière de la ligne de fermeture de la bouche et qui occupe toute la longueur de la lèvre supérieure, d'une commissure à l'autre.

Bilobé ce bourrelet large de 7 à 8 millimètres à ses deux extrémités est légèrement rétréci au niveau de la ligne médiane et recouvre les dents de la mâchoire supérieure. Il est lisse, rosé, humide, recouvert d'une muqueuse d'aspect normal en dépit des morsures qui sont assez fréquentes; sa consistance est molle, il n'a pas la fermeté de la lèvre inférieure.

Le malade n'a pas remarqué de modification dans la consistance ni dans le volume de sa lèvre depuis plusieurs années.

La peau du sujet ne présente aucune lésion apparente, ni sur le visage, ni sur le reste du corps — c'est simplement une peau plutôt fine chez un blond.

A l'examen complet du malade on ne note aucune autre malformation en dehors de celles que nous avons décrites.

L'état général est excellent, en particulier, nous n'avons trouvé ni tachycardie, ni exophtalmie, ni goitre, ni tremblement.

Dans sa famille G. ne connaît personne qui soit atteint d'une affection analogue à la sienne.

Le malade désire être opéré. Le Docteur Morax pratique la résection d'un pli cutané des deux paupières supérieure (suture) et la résection presque totale de la « seconde lèvre » supérieure (suture).

Résultats esthétiques et fonctionnels excellents.

L'examen histologique des pièces montre :

Pour la paupière.

Une atrophie portant sur le derme et l'épiderme.

Les vaisseaux du tissu cellulaire sous cutané sont dilatés.

Pour la lèvre :

L'examen histologique n'a montré aucune modification nette de la muqueuse.

Les vaisseaux et le tissu coupouctif paraissent normaux, autant qu'on en peut juger. La pièce ayant été enlevée après anesthésie locale.

*Observation n° II.* — Inédite recueillie dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière.

P. Emile, 15 ans, vient consulter le 9 octobre 1908 pour gêne de la vision par chute de la paupière supérieure ODG.

Dans le jeune âge P. avait les paupières gonflées, les yeux paraissaient petits, bridés, ses camarades de classe le surnommaient le « Japonais ».

Vers l'âge de 13 ans la peau des paupières supérieures a commencé à se plisser ; en quelques mois, elle s'est allongée jusqu'à tomber au devant du bord palpébral inférieur, gênant la vue, forçant le sujet à rejeter la tête en arrière, pour regarder ses interlocuteurs.

A l'examen des deux paupières supérieures, on remarque un pli cutané, libre, mobile, en tablier dont le bord inférieur atteint dans l'horizontalité du regard le bord supérieur de la pupille. La peau du pli cutané est violacée érythémateuse et présente une consistance plus lâche que celle des tissus environnants. Pas de paralysie du releveur des paupières qui fonctionne normalement quand on a relevé le pli cutané avec les doigts. Pas de cas analogue dans la famille.

On résèque deux lambeaux elliptiques: le résultat est bon, il persiste, néanmoins, quelques semaines après l'opération, dans les angles internes, un léger bourrelet disgracieux.

En février 1923, P. revient consulter pour un astigmatisme myopique. Il n'existe plus de ptose manifeste mais les modifications augiomégamiques cutanées persistent.

En juin 1925 nous avons l'occasion de voir P. qui amène sa fille atteinte de strabisme convergent. Notre attention est attirée par l'aspect de la lèvre supérieure de P. qui paraît légèrement œdématisée.

Le sujet nous dit que sa lèvre est en effet un peu volumineuse depuis l'âge de 13 ans environ.

Quand la bouche est ouverte, on voit en arrière de la zone plissée de la lèvre supérieure, en arrière donc de la ligne de fermeture de la bouche, un bourrelet en fuseau large de 7 à 8 millimètres, au niveau de la ligne médiane et qui va s'aminçissant progressivement jusqu'aux commissures. Cet aspect en fuseau était accentué par suite de l'existence d'un gros tubercule médian.

Cette seconde lèvre supérieure, lisse, humide, rosée, recouverte de muqueuse d'aspect normal, cache sur la ligne médiane le 2/3 supérieurs des incisives supérieures.

Pendant le rire, le bourrelet s'accroît, s'ectropionne et vient masquer presque complètement la portion extérieure de la lèvre.

Pendant la phonation la lèvre supérieure comme alourdie par le bourrelet qui la double reste presque immobile communiquant au langage un caractère spécial.

L'examen général est négatif, (particulièrement on ne trouve aucun signe de maladie de Basedow).

P. ne désire pas être opéré.

*Observation n° III. — Publiée par Ascher (1).*

Anna M., 17 ans.

D'après les dires de sa mère, le trouble palpébral commença à 6 ans, en même temps, les parents remarquèrent la double lèvre quand l'enfant riait.

Le goitre se développa vers la 16<sup>e</sup> année.

[La mère tient de ses parents une atrophie analogue de la paupière supérieure avec une ptose modérée; en soulevant la lèvre supérieure on met en évidence un pli superficiel près de la région gingivale, corps thyroïde nettement palpable, de consistance régulière.

La sœur Anna M. a elle aussi, un Blepharochalazis typique.]

La peau entre le sourcil et le bord inférieur de la paupière supérieure prend flasque des deux côtés, en forme de poche jusqu'aux cils. Elle est très mince, rougeâtre par suite de la présence de vaisseaux sanguins visibles par transparence, finement plissée, les plis une fois relevés restent longtemps en place. La lésion cutanée ne dépasse pas la peau de la paupière, ni du côté nasal ni du côté temporal; les commissures externes sont arrondies par des replis cutanés triangulaires et minces. La peau du reste du visage n'est pas atrophiee elle n'a ni vascularisation anormale visible, ni modification de l'élasticité.

Au dessous de la peau de la paupière supérieure on sent des masses mollasses réductibles dans l'orbite. Le pli de

(1) Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde année 1920, vol. LXV. Blepharochalazis, goitre, double lèvre (Doppellippe) juillet décembre.

recouvrement de la paupière supérieure est comblé. Ebauche d'épicauthus bilatéral.

Pas d'exophtalmie. Signes de de Gracfe Moëbius Stelwag négatifs.

De temps en temps, le patient ouvre plus vigoureusement la fente palpébrale, malgré cela la partie supérieure du limbe reste recouverte par la paupière supérieure.

Pas de larmolement, pupilles normales. F. O. normale. Acuité visuelle normale, sensibilité cornéenne normale.

La « double lèvre » se trouve derrière la lèvre supérieure, en avant de la gencive; plis muqueux qui invisibles dans la fermeture hermétique de la bouche apparaissent pendant la parole et le rire. Elle double la lèvre supérieure d'une commissure à l'autre; plus large de chaque côté de la ligne médiane un peu plus étroite au milieu. Elle ne se laisse réduire (la bouche étant ouverte) ni spontanément ni par taxis — aspect et consistance habituelle de la muqueuse normale. —

Le goître, est ferme élastique; à droite de la grosseur d'un œuf de pigeon, à gauche un peu plus petit, sans isthme perceptible. Il n'est pas pulsatile.

L'observation à la clinique médicale donne les résultats suivants :

Taille 1 m. 62. Poids 52 kgs. Poulso 90. Psychisme normal. Pas de signe de nervosisme ni d'irritabilité. Nutrition convenable. Peau fine souple normalement humide, pas de sueurs profuses. Pas d'œdèmes, de rougeurs, de tumeurs, ni de pigmentation. Irritabilité vaso-motrice légèrement augmentée. Cheveux abondants, cassants. Poils

dans le dos, moustaches. Appareils respiratoire, circulatoire et digestifs normaux.

D'une manière générale pas de tremblement, mais de temps en temps légère trémulation des doigts écartés et des paupières pendant l'occlusion.

Pas de troubles du côté du système nerveux.

Urines normales. Sang : temps de saignement normal, pas de glycosurie provoquée.

Réglée à 14 ans, règles peu abondantes, amenorrhée de 6 mois il ya un an, depuis réglée normalement.

A la radio. Selle turcique normale, épiphyses des extrémités inférieures parfaitement développées.

La peau atrophiée et en excédent de la paupière a été résequée des deux côtés, en même temps que le tissu adipeux mollasse sous jacent, après excision de la graisse et au dessus du muscle orbiculaire qui se présentait, on a trouvé près du bord supérieur de l'orbite : un bon et solide facie tarso orbitaire dont le bord postérieur finissait librement ; à droite la glande lacrymale était ptosée et dut être de ce fait partiellement résequée.

Résultats fonctionnel et esthétique très bons.

La peau excisée a été examinée au microscope (le résultat n'en est pas publié).

Le pli muqueux de la lèvre fut excisé résultat excellent.

Examen histologique : une prolifération marquée des glandes muqueuses ; pour le reste la muqueuse ne se différencie pas de la muqueuse habituelle des lèvres.

*Observation n° IV. —* Publiée par Ascher (loc. cit.)

Chez Otilie K., 18 ans, le trouble palpébral existe de-

puis l'âge de 6 ans, le trouble labial apparut, d'après les parents, bien après la naissance, le goître se développa durant la 16<sup>e</sup> année.

[On a pas observé de malformations semblables chez les parents, goître chez le grand-père et la sœur de la malade.]

Des deux côtés Blépharochalazis typique mais cependant moins développé que dans l'observation n° III.

Le repli cutané ne repose pas sur les cils; le pli cutané manque dans la commissure externe. Les paupières couvrent le bord supérieur des cornées dans le regard horizontal.

Pas d'exophtalmie, S de Moebius de de Graefe de Stelwag négatifs. Pas de larmoiement. Hypermétropie + 5° Strabisme convergent de l'OD qui est amblyope.

La double lèvre est aussi prononcée que dans le cas précédent, car même dans la fermeture de la bouche, la lèvre supérieure proémine d'une façon remarquable; pendant le rire elle double la lèvre supérieure sur un centimètre de large, derrière elle et sur toute sa longueur.

Son aspect ne diffère en rien de celui de la muqueuse labiale; pendant la parole le repli varie sans l'intervention de la malade tandis que le sillon de démarcation suit dans ses variations le mouvement des muscles du visage en devenant plus ou moins profond.

Le goître de l'isthme est de la grosseur d'un œuf de poule de consistance ferme sans pulsations ni souffle.

Examen médical clinique : constitution robuste, osseuse, malléabilité des doigts qu sont courts et larges. Tissu adipeux normale, peau sèche et ferme.

Pouls et cœur normaux. Pas de tremblements, dermographisme, doigts un peu cyanosés, réflexes normaux, ébauches de mouvements choreïques pendant la parole.

Opération de Blépharochalazis.

A droite : après résection de la peau, ablation de la graisse ramollie ; excision d'une partie de la glande lacrymale. Résultat excellent.

Du côté gauche, nous avons (après Deschamps) cherché à provoquer, par injection d'une solution faible de chlorure de zinc, une cicatrice profonde et aussi la disparition du Blépharochalazis, 2 centimètres cubes seulement ont été injectés, un lambeau de peau de la grosseur d'une forte aiguille s'est nécrosé ainsi que le tissu sous jacent ; a été éliminé et finalement il en est résulté une mince cicatrice à la place du pli de recouvrement de la paupière ; si bien que l'effet ne le cédait en rien à celui obtenu par l'opération.

La double lèvre fut opéré à la clinique chirurgicale comme le cas précédent.

Ascher cite six autres cas moins caractéristiques.

2 cas avec Bépharochalazis, double lèvre et goitre.

3 cas où le Blépharochalazis coïncidait avec une double lèvre plus ou moins prononcée.

Et un cas de double lèvre seule.

En 1922 le même auteur rapporte 2 cas nouveaux.

L'un de Blépharochalazis, double lèvre et gonflement des 2 parotides.

L'autre de Blépharochalazis avec double lèvre et goitre du type exophtalmique.

## BLEPHARŌCHALAZIS

---

Ce nom fut donné par Fuchs en 1896 à une affection bilatérale des paupières supérieures, caractérisée par

La minceur de la peau, sa perte complète d'élasticité (sa surface est couverte d'innombrables rides fixes se croisant en tous sens, telle qu'on la voit dans l'atrophie seule de la peau). — La peau des paupières supérieures allongée pend comme un sac vide plus ou moins bas, arrêtée souvent dans sa chute par les cils, diminuant l'ouverture de la fente palpébrale. Il existe de plus une rougeur spéciale des paupières et l'on voit par transparence de nombreuses veinules dilatées semblables à celles que présente la peau des joues de certaines personnes âgées. Il n'existe pas de paralysie du releveur palpébral.

Cette affection avait été signalée et reconnue depuis longtemps. Sichel dit avoir trouvé la description de cette ptose atonique dans Rhazis Avicenne Aboul-Kasem sous le nom de scharnâk (de schnarka: couper).

Jusqu'à la description de Fuchs le Blepharochalazis était classé parmi les ptosis.

Voir Ammon le décrit sous le nom d'épiblepharon ou ptosis atonique ou adipeux. Sichel mentionne aussi le ptosis atonique; il décrit même une pince que permet de faire le diagnostic différentiel entre le ptosis atonique et le ptosis paralytique.

Le ptosis adipeux est pour l'auteur une modalité du ptosis atonique par pénétration de la graisse de l'orbite entre la peau et le muscle orbiculaire.

Mackensie l'appelle ptosis avec hypertrophie.

De Wecker divise les ptosis congénitaux en: atrophiques, paralytiques et hypertrophiques.

Depuis la description de Fuchs, des observations relativement peu nombreuses ont été publiées: une cinquantaine environ. Ce n'est pas que le Blepharochalazis soit une affection très rare; mais parmi les différents auteurs qui en ont rapporté des cas, les uns ont signalé un symptôme nouveau (ptose des glandes lacrymales, hérédité) les autres ont insisté sur un signe prédominant (trouble vasculaire) ou ont précisé des lésions anatomo-pathologiques; beaucoup enfin ont cherché à élucider la pathogénie de ces lésions.

De ce fait, des appellations nouvelles ont été proposées dont nous exposerons les raisons plus loin, telles: angiomegalie des paupières (Rohmer) ou dermatolysie palpébrale (Terson), ptosis cutané (Panas), paupières en besace (Frenkel).

Nous avons conservé le nom de Blépharochalazis

qui est celui mentionné dans tous les traités classiques (1).

L'EPOQUE D'APPARITION du Blepharochalazis est variable, mais c'est ordinairement entre 6 et 15 ans que débute l'affection (nous n'avons pas en vue ici le B des vieillards qui n'est qu'une localisation palpébrale de l'atrophie senile de la peau).

Le début est souvent insidieux (Obs. I, II, III, IV) en quelques mois le relâchement palpébral acquiert son aspect définitif. Parfois le début est brusque (cas du malade chez qui le gonflement apparut en jouant du cor) Bl. débutant brusquement à la suite d'une colère (Rohmer). Quelquefois aussi c'est après des poussées successives d'œdème que le trouble s'établit (Fehr).

Enfin si dans la majorité des cas l'allongement de la peau palpébrale est le premier symptôme on a vu exceptionnellement les troubles vasculaires ouvrir la scène.

Quant aux SYMPTOMES du Blepharochalazis, les plus importants, ceux que l'on retrouve dans toutes les observations publiées; ils existaient dans les cas que nous avons rapportés:

(1) On a opposé à l'emploi de ce mot le fait que Schwalbe avant Fuchs l'avait employé pour désigner un procédé opératoire qui consiste à produire un relâchement des paupières, dans le trachome et la keratite scrofuleuse.

Maladie symétrique atteignant les deux paupières supérieures caractérisée par un allongement des deux voiles palpébraux, s'étendant d'une extrémité de la paupière à l'autre.

Cette peau finement plissée, flasque, fine érythémateuse, repose sur le bord libre de la paupière, qu'elle cache le plus souvent, retrécit la fente palpébrale obligeant les malades à plisser la peau du front ou à rejeter la tête en arrière pour regarder en face d'eux, comme s'ils étaient atteints de ptosis véritable.

Le releveur des paupières fonctionne normalement, mais chaque fois qu'il entre en action le bord libre de la paupière remonte derrière le voile cutané, ainsi deviennent vains, quant à l'ouverture palpébral, les efforts du muscle élévateur.

En somme quand on regarde le malade on voit que le pli de recouvrement de la paupière qui (suivant l'enfoncement du globe oculaire dans l'orbite) atteint dans sa position la plus basse la portion moyenne de la paupière et se cache dans sa situation élevée dans le sillon orbito-palpébral supérieur, se trouve placé dans le Blépharochalazis beaucoup plus bas puisque, dans la majorité des cas, il coïncide avec la ligne d'insertion des cils qui l'arrêtent dans sa chute.

L'aspect des tissus palpébraux n'éveille en rien l'idée d'un œdème; on dirait une poche vide, le toucher confirme cette impression, les deux parois du repli glissent l'une sur l'autre avec la plus grande facilité.

La peau présente constamment un aspect flétri que

souligne la présence de vaisseaux tortueux qui apparaissent par transparence.

Parfois cette vascularisation est si intense qu'elle frappe davantage que l'allongement de la paupière. Elle tranche en effet sur la coloration normale des tissus environnant et présente au cours des états émotifs une congestion tellement intense que certains auteurs ont vu dans ces troubles vasculaires la cause de la ptose cutanée. Souvent, et beaucoup d'auteurs ont insisté sur ce point, on sent sous la paupière, fréquemment en dehors, une petite masse mollassse ou un coussinet granuleux qui n'est autre que de la graisse orbitaire.

Dans les observations III et IV, cette ptose graisseuse est signalée, les lobules adipeux ont été résequés au cours de l'intervention.

Par contre nous ne trouvons rien de semblable dans les observations n<sup>os</sup> I et III. Pour ce qui est de l'obs. I, G... ayant été opéré une première fois à l'Hôtel-Dieu nous n'avons pu savoir si on avait excisé du tissu graisseux lors de la première opération.

Fuchs, Fehr, Schmidt, Rimpler, Rohmer n'ont pas constaté la présence de tissu adipeux.

Cette ptose d'une petite partie du contenu orbitaire, n'existe pas dans tous les cas, tous les auteurs avant Fuchs et plusieurs après lui ont différencié le ptosis hypertrophique du ptosis adipeux. M. Proust, dans un travail inspiré par M. De Lapersonne « Sur quelques variétés de ptoses palpébrales sans paralysie musculaire » insiste sur ce fait que la présence du tissu adipeux n'est pas constante.

Enfin, on a signalé plusieurs fois la ptose de la glande lacrymale (elle fut excisée dans le cas de l'observation n° III).

**EVOLUTION.** — La lésion arrivée à un certain degré de développement (ce qui demande environ quelques mois, rarement une année) semble devoir rester stationnaire. Lorsque le Blepharochalazis est accentué les malades se font ordinairement opérer vers la 18<sup>e</sup> année au plus tard, aussi est-il impossible d'après les cas connus de savoir ce que deviendrait l'affection au bout d'un grand nombre d'années, néanmoins nous pouvons affirmer qu'elle peut rester longtemps stationnaire sans subir ni augmentation ni régression (obs. citées).

Le **DIAGNOSTIC** de l'affection est aisé.

L'intégrité du releveur permet d'éliminer les ptosis paralytiques. Le Blépharochalazis des vieillards n'apparaît guère avant la cinquantième année, l'atrophie cutanée sénile atteint souvent en même temps les paupières inférieures.

Des œdèmes aigus ou chroniques des paupières quand ils peuvent prêter à confusion, seront facilement reconnus à la palpation ainsi que l'emphysème sous-cutané.

Certains cas d'éléphantiasis des paupières supérieures d'origine congénitale subissent au moment de la puberté un développement notable, mais ils ne restent pas exclusivement limités aux paupières.

Le neuro-fibrome plexiforme est ordinairement unilatéral, il est envahissant et de consistance noueuse.

Enfin, on a cité des tumeurs symétriques des paupières très rares qui par leur accroissement et leur ptose pouvaient par les déformations palpébrales qui en résultaient, en imposer pour une ptose palpébrale du type Blépharochalazis avec luxation d'une portion du contenu orbitaire, tel est le cas rapporté par Antonelli en 1896.

Le TRAITEMENT employé par la plupart des auteurs est l'excision. On trouve dans Mackenzie que Wenzel aurait guéri Marie-Thérèse par des applications de compresses imbibées d'eau de chaux et d'ammoniaque.

Mackenzie préconise l'emploi d'un support mécanique, en l'espèce de bandelettes agglutinatives en y adjoignant un traitement destiné à donner à la peau une consistance plus ferme: eau de roses, alun, eau-de-vie.

Le traitement par excision fut pratiqué aux dires de Sichel par les Arabes.

Sichel, de Wecker et employaient le procédé de résection du pli cutané.

Certains oculistes préconisaient les injections, de teinture d'iode, d'alcool fort, de chlorure de zinc, poussées sous la peau des paupières afin de provoquer une réaction du tissu cellulaire sous-cutané, et d'obtenir une meilleure fixation de la peau aux plans sous-jacents. (Dans l'obs. n° IV, une injection sclérosante

de chlorure de Zn fût faite d'un côté tandis que l'on pratiquait l'excision du côté opposé: les résultats furent comparables), l'injection donna même une correction meilleure.

Fuchs recommandait, une fois la resection faite, de suturer la lèvre inférieure de la plaie au bord convexe du tarse et à l'aponévrose tarso-orbitaire; il se formait ainsi un pli de recouvrement susceptible d'entraver la chute de la peau; mais les adhérences de la peau au tarse se distendaient à la longue et amenaient une sorte de récive.

Actuellement et dans la plupart des cas communiqués jusqu'ici le traitement est l'excision. Excision qui doit être large sous peine de laisser persister un bourrelet disgracieux (Obs. n° II) et d'avoir à pratiquer une retouche (Obs. ns I). Lorsqu'après l'incision, de la graisse ou des lobes de la glande lacrymale font hernie dans la plaie, il est nécessaire de les résequer si l'on ne veut pas obtenir un résultat esthétique médiocre, et il ne faut pas oublier que c'est le point de vue esthétique qui commande en grande partie l'intervention.

Les lambeaux résiqués ont été examinés au point de vue ANATOMO-PATHOLOGIQUE par de nombreux auteurs. Les examens concordent sur de nombreux points et se complètent les uns les autres.

Lodato donne les résultats suivants:

La couche épidermique est un peu plus mince que normalement. Les couches moyennes et profondes sont peu distinctes, plusieurs de leurs noyaux sont entourés

par la couche claire et transparente tandis que dans quelques cellules le noyau manque ou est refoulé à la périphérie.

La couche dermique est amincie: papilles aplaties, par ci, par là, absentes. Faisceaux conjonctifs éloignés les uns des autres.

La raréfaction du tissu est telle que dans quelques endroits elle a entraîné des lacunes.

Dans les fibres de l'orbiculaire: petits foyers hémorragiques et tâches de pigment hématique.

Diminution très marquée des fibres élastiques qui ne sont conservés qu'au niveau des follicules pileux et des glandes sudoripares.

Les vaisseaux capillaires du derme et du tissu cellulaire sont entourés d'un manchon d'infiltrats parvicellulaires. L'endothélium vasculaire à partiellement ou totalement disparu. Pas de lésions nerveuses.

Edward Heckel mentionne:

Un épaissement de la couche cornée avec de nombreuses cellules plates. Atrophie des papilles du derme; absence de tissu adipeux dans le chorion. La couche réticulée manquait de fibres élastiques. Dans le tissu cellulaire sous-cutané, il y avait de vastes espaces libres comme s'il y avait eu de l'œdème.

Scrini a noté outre l'atrophie de la peau dans toutes ses couches un développement anormal du plexus nerveux sous-cutané et Bazin un aspect monoliforme des filets nerveux.

En somme on peut définir ainsi les lésions anatomopathologiques du Blépharochalazis.

Atrophie de la peau dans toutes ses couches atteignant le tissu sous-cutané à un moindre degré.

Fibres élastiques plus fines à réseaux plus laches.

Dilatation et altérations des parois vasculaires.

Et dans certains cas: aspect monoliforme des filets nerveux.

Ces lésions ont permis à Unna de rapprocher le Blépharochalazis de l'elephantiasis congénital de la pachydermatocele de Mott et des naevi mollusciformes.

C'est aussi en se plaçant à ce point de vue que certains auteurs ont pu apparenter le Blépharochalazis.

Au geromorphisme cutané (Charcot et Souques).

A la dermatolyse d'Alibert ou Chalazodermie.

Alibert cite plusieurs observations de dermatolyse palpébrale.

Une jeune fille en particulier après s'être tenue courbée longtemps à l'occasion de la moisson, vit rapidement ses paupières supérieures s'allonger et cela jusqu'au point de recouvrir complètement les yeux et les joues.

Cette localisation de la dermatolyse aux paupières ne serait pas rare d'après Alibert.

Terson proposa de donner aux ptoses palpébrales du type Blépharochalazis le nom de dermatolyse palpébrale.

En comparant le Blépharochalazis à la chalazodermie ou dermatolyse, nous notons cependant des différences qui nous empêchent de nous ranger à cette manière de voir: l'hypertrophie de la peau et l'intégrité des fibres élastiques.

Marcel Sée, dans la « Pratique dermatologique » donne de la chalazodermie, les caractères suivants :

La peau est épaissie, quelquefois rosée, souvent pigmentée, sa surface est lisse ou ridée, les veines dilatées les follicules sebacés très apparents. Les glandes et les poils sont écartés proportionnellement à la distension cutanée. Indolence complète.

C'est une affection presque toujours congénitale apparaissant pourtant à un âge plus ou moins avancé, influencée par le traumatisme.

Au point de vue anatomopathologique on note une hypertrophie de la peau ; les fibres élastiques sont normales.

De plus, conclut l'auteur, il semble que l'on ait groupé sous ce nom: 1°) des aspects objectifs divers telle l'extension de la peau sous l'influence de causes banales: obésité myxoedème, grossesse, seipilité;

2°) des tumeurs dont la plupart doivent être rapportées à des naevi mollusciformes et probablement à la maladie de Recklinghausen.

LE MECANISME. — Le mécanisme de la formation du Blépharochalazis a été expliqué différemment suivant qu'on a considéré la ptose cutanée comme déterminant les altérations vasculaires et la ptose de la graisse orbitaire ou qu'inversement on ait admis le relâchement cutané comme leur conséquence.

C'est ainsi que Rohmer s'appuyant sur l'intensité des troubles vaso-moteurs constatés dans trois cas de B proposait de donner à cette affection le nom d'an-

gio-mégalie des paupières supérieures. Cette dénomination indiquerait à la fois le mécanisme apparent de la lésion et l'augmentation de volume des téguments palpébraux.

Scrini pense que les œdèmes récidivants qu'il a observés chez un malade atteint de B. agiraient comme une cause occasionnelle. Il se demande si la peau de la paupière supérieure ne présenterait pas une anomalie de structure qui la priverait de sa contractilité et de son élasticité normale. La gêne dans la circulation de retour au moment des fluxions palpébrales expliquerait le développement exagéré du plexus veineux sous-cutané.

Schmidt-Rimpler attribue l'état des paupières à la hernie de la graisse orbitaire à travers une brèche musculaire de l'orbiculaire et au relâchement de l'aponévrose sous-jacente.

Pour Terson, la chute de la peau est causée par l'atrophie et le relâchement des digitations sous-cutanées que le muscle releveur envoie à la face profonde de la peau. La distension de la peau livrée à sa seule élasticité et soumise constamment à son propre poids, amène l'extension des vaisseaux.

La graisse orbitaire et la glande lacrymale insuffisamment contenues par la sangle déficiente qu'est le rideau palpébral relâché ont tendance à se ptoser à leur tour.

C'est à cette manière de voir que nous nous rangeons, car c'est elle qui permet d'expliquer la généralité des cas.

De nombreuses hypothèses ont été émises pour établir la PATHOGÉNIE du Blépharochalazis.

Pour Fehr, il s'agit de troubles angioneurotiques.

Kaposi admet des altérations vasculaires.

Scrini met en cause des troubles toxi-névropathiques d'origine digestive et nerveuse en s'appuyant sur des faits d'ordre général exposés par Le Calvé. (1)

Terson pense que l'atrophie des digitations que le releveur des paupières envoie à la peau relève de lésions trophonévrotiques du grand sympathique.

Si toutes ces explications sont applicables aux observations citées par les auteurs à l'appui de leur thèse, elles ne sauraient répondre à tous les cas. Il faut avouer qu'il existe au point de vue pathogénique des obscurités que des observations ultérieures arriveront peut-être à éclaircir.

Il nous paraît cependant intéressant d'insister sur ce fait, que la conformation de la paupière supérieure chez certaines races (la race jaune par exemple) rappelle le tableau extérieur du Blépharochalazis. Les lésions atrophiques de la peau, les troubles vaso-moteurs manquent ; seule la ptose existe et modérée ; elle est héréditaire et congénitale. Dans les cas de Blépharochalazis, par contre, le développement rapide de l'affection dans l'enfance ou la jeunesse modifie

(1) Pathogénie des œdèmes. De l'œdème aigu toxi-névropathique de la peau et des muqueuses (Maladie Quincke).

d'une façon brusque l'équilibre cutané et vasculaire. Il crée ainsi les troubles caractéristiques d'une ptose qui pathologique dans la race blanche existe normalement dans la race jaune.

Martin dans son anthropologie décrit le pli de recouvrement de la paupière comme descendant très bas dans les races mongoles, il atteint souvent le bord inférieur de la paupière. Des glandes lacrymales sont plus antérieures que chez les blancs. Le coussin adipeux qui manque chez les européens est très prononcé chez les races, il se trouve à la fois dans la peau même et au dessous de l'orbiculaire. Séparé de la peau, par ce coussinet, le muscle releveur est profondément situé, aussi les fibres qu'il envoie au revêtement cutané sont-elles rares ténues, elles n'existent guère que tout près du bord libre de la paupière.

Il y a là, nous semble-t-il l'explication d'une disposition congénitale ; elle nous a paru intéressante par son analogie, avec celle que nous avons admise pour le mécanisme de la formation du Blépharochalazis.

## DOUBLE LÈVRE SUPÉRIEURE

---

C'est une affection exceptionnelle si l'on en juge par le silence des traités classiques et le petit nombre d'observations publiées. La plupart des cas étudiés sont d'ailleurs des cas de « double lèvre congénitale chez le nourrisson alors que nous avons à envisager la « double lèvre supérieure » qui débute dans la seconde enfance sans troubles antérieurs connus.

Il est cependant permis d'admettre que beaucoup de porteurs de double lèvre supérieure n'ont jamais éprouvé le besoin d'accuser spontanément ce qu'ils appellent une « petite déformation » si rarement gênante. Sur une dizaine de malades cités, un seul, en effet, se plaignait du trouble labial ; le trouble esthétique est relativement peu apparent ; souvent il faut solliciter le malade.

Néanmoins, de l'avis des auteurs qui l'ont systématiquement recherchée, la double lèvre, si elle n'est pas exceptionnelle, est une affection peu fréquente.

Le DÉBUT se fait dans la seconde enfance (6-9-13 ans) d'une manière progressive, indolore : le sujet déclare qu'il sent sa lèvre supérieure s'allonger.

Cette modification s'accroît pendant quelques mois, puis arrivée à un certain degré variable, suivant les cas, elle reste stationnaire.

Les SYMPTOMES que nous avons observés chez les malades (I, II) et relevés dans les observations III et IV ne diffèrent guère qu'en intensité.

La bouche fermée sans effort : la lèvre supérieure paraît presque normale, quelquefois, cependant, elle semble être un peu épaissie ou légèrement proéminente.

C'est quand le sujet ouvre la bouche, qu'on voit apparaître (caché qu'il était pendant l'occlusion) un bourrelet ; une seconde lèvre qui semble doubler en arrière la lèvre supérieure.

Arrondi, il semble formé d'une muqueuse normale, sa surface est lisse, humide, sa couleur, celle de la lèvre elle-même. Il accompagne la lèvre d'une commissure à l'autre ; il se continue en avant avec la lèvre proprement dite ; la limite des deux formations est figurée par un sillon peu profond situé en arrière de la ligne d'occlusion de la bouche, en arrière de la zone plissée du revêtement labial. En arrière la muqueuse du bourrelet se continue avec la muqueuse gingivale après avoir tapissé le sillon gingivolabial. La forme du repli était dans le cas n° 2 celle d'un fuseau : un peu plus large sur la ligne médiane qu'à ses deux extrémités (1). Dans les 3 autres cas le bourrelet était bilo-

(1) Nous avons vu plus haut que cette disposition était en rapport avec l'existence d'un gros tubercule médian.

bé plus étroit à sa partie moyenne qu'au voisinage des commissions. Large de 6 à 8 millimètres, il cachait les deux tiers supérieurs des incisives.

Sa consistance est un peu mollassse. Le pli ne se réduit pas spontanément ni par taxis.

Pendant le rire il s'ectropionne, semblant remplacer la véritable lèvre qu'il cache presque complètement. Il en est de même dans l'occlusion forcée de la bouche.

La parole est légèrement modifiée: dans les cas I et II le sujet prononçait mal les labiales.

Une fois constitué, le trouble labial semble devoir rester stationnaire. Il ne s'est pas modifié jusqu'à l'âge de 33 ans chez le sujet n° II qui n'a pas été opéré, il n'a pas évolué jusqu'à l'âge de 18 ans environ chez les trois autres sujets.

Le DIAGNOSTIC de l'affection est aisé.

L'absence de phénomènes inflammatoires permet d'éliminer les œdèmes infectieux.

Le dédoublement de la lèvre, caractère essentiel, n'appartient qu'à la double lèvre.

Il n'existe pas dans la macrocheilie, dans les hypertrophies post-inflammatoires ni dans les déformations elephantiasiques.

Les tumeurs modifient la consistance de l'organe, elles n'affectent pas cet aspect symétrique qu'on trouve dans la double lèvre.

Le TRAITEMENT est d'ordre chirurgical, il consiste dans l'excision du bourrelet suivie de suture.

Les résultats en sont excellents. Un recul de quelques années ne permet pas d'affirmer qu'il n'y a pas de récidence. Jusqu'ici cependant le résultat opératoire ne s'est pas modifié chez les malades I, III et IV.

L'EXAMEN MICROSCOPIQUE des lambeaux réséqués, n'a pas donné jusqu'ici de renseignements permettant d'affirmer des modifications de la muqueuse.

Ascher mentionne :

« Une prolifération marquée des glandes muqueuses, pour le reste la muqueuse ne se différencie pas de la muqueuse habituelle des lèvres. » L'examen de la pièce de l'obs. n° I a montré une muqueuse parfaitement normale (1). Les fibres élastiques sont régulièrement ordonnées. Les vaisseaux paraissent normaux (la pièce avait été prise à l'anesthésie locale).

Il faut faire remarquer que le bourrelet seul fut excisé, aucune modification morphologique marquée n'a été constatée. La comparaison avec le tissu labial voisin aurait peut-être permis d'étudier un trouble relatif soit dans l'épaisseur de l'épithélium soit dans la

(1) Nous devons cet examen à l'obligeance de Monsieur Leroux chef du laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté. Nous lui présentons ici l'expression de notre vive reconnaissance.

plus ou moins grande abondance des glandes ou des fibres élastiques.

Quoiqu'il en soit: un fait est à retenir, c'est l'intégrité de la muqueuse.

Pour essayer d'élucider le MÉCANISME de la formation de la double lèvre, il est nécessaire d'étudier les modifications du « bord libre » de la lèvre du nouveau-né (c'est à dire, de cette partie de transition, entre la peau et la muqueuse, qui ne renferme ni glandes ni poils).

D'après Luschka qui l'a étudiée le premier, cette « bordure » plus rouge, épaisse, commence à se différencier, dès le cinquième mois de la vie foetale, en deux zones: zone externe et zone interne.

Ces 2 zones persistent jusqu'à la fin de la 1<sup>re</sup> année souvent plus tard. Elles sont typiques chez le nouveau-né et s'accroissent dans les états de dénutrition.

La zone externe large de 2 millimètres d'un rose clair possède un épithélium de faible hauteur, des papilles basses contenant des corpuscules du tact. C'est la *pars glabra* de Luschka.

La zone interne plus large surtout à la lèvre supérieure où elle atteint 4 millimètres, est d'un rouge plus violacé. L'épithélium est haut, ses papilles effilées lui donnent une forme villose (*pars villosa*). Cette disposition spéciale à l'homme serait en rapport d'après Neustätter avec la brièveté du mamelon qui serait ainsi plus facilement saisi.

Ces 2 zones sont parfaitement visibles durant la première année, ensuite et petit à petit les différences

macroscopiques s'estompent pour disparaître vers la deuxième année. La différenciation serait sensible, microscopiquement encore longtemps. Elle serait encore possible chez l'adulte d'après Neustätter.

Chez l'adulte, la lèvre comprend 3 zones: cutanée, muqueuse et intermédiaire.

La zone cutanée caractérisée par ses poils et ses glandes.

La zone muqueuse postérieure renferme des glandes acineuses et des fibres du muscle de Klein.

Quant à la zone intermédiaire « zone cutanée lisse » de Robin et Cadiat, elle constitue la bordure: le « rouge des lèvres ».

Le passage de la lèvre du type nourrisson à la lèvre du type adulte s'effectuerait différemment suivant les auteurs:

Pour Luschka et Merkel, la zone interne s'est fondue dans la partie muqueuse; la zone intermédiaire de l'adulte ne représenterait que la zone externe de l'enfant.

Pour Oppel et Neustätter la zone interne avec sa structure villosité s'est rétrécie; elle reste confinée à la partie qui est située en dedans de la ligne d'occlusion de la bouche. (On peut la déceler microscopiquement.)

C'est en s'appuyant sur les faits précédents que Neustätter divise les « doubles lèvres » en congénitale et acquise.

La double lèvre congénitale ne serait que la persistance de la disposition infantile. Par suite de la régres-

sion de la zone interne du nouveau né, le sillon de séparation entre la première et la deuxième lèvre serait donc situé immédiatement en arrière du rouge de la lèvre presque au niveau de ligne d'occlusion des lèvres.

Dans la double lèvre acquise, par contre, le bourrelet serait beaucoup plus postérieur en pleine zone muqueuse; ce qui est le cas des sujets des observations I, II, III, IV.

L'hypertrophie des glandes muqueuses signalée par Ascher et Merkel suffirait-elle pour expliquer la formation d'un repli plus volumineux que le « rouge de la lèvre » lui-même. Nous ne le croyons pas; d'autant plus qu'ecette hypertrophie n'était pas prononcée dans le cas n° I.

Ascher écrit :

« Une figure de Martin me revient à la mémoire. C'est en la regardant qu'il m'a paru possible, que dans un cas exceptionnel, le développement considérable du muscle droit de la lèvre supérieur puisse devenir la cause d'une double lèvre.

Ce muscle, dont les fibres perpendiculaires à celles du muscle orbiculaire s'étend de la peau à la muqueuse près de la bordure de la lèvre, n'existe chez les races qui ont une éversion prononcée du muscle orbiculaire (Prochéilie).

Par le sens de sa traction, il peut très bien rapprocher la peau et la muqueuse et par ce moyen former un pli correspondant à sa ligne d'insertion et donner lieu, à la rigueur, à un bourrelet de muqueuse. Par

sa position ce repli répond au type de double lèvre acquise, mentionné par Neustätter.

Voici la description du muscle de Klein encore appelé: compresseur des lèvres. Rectus labii (Acby) muscle de la succion (Krause).

« Le muscle occupe tout le bord libre des lèvres et ne s'étend que fort peu sur la périphérie. Dès son origine il se dispose en faisceaux assez serrés plats ou arrondis qui traversent la partie marginale de l'orbitulaire et font croire à une pénétration de celui-ci par la peau. Près du plan médian, la direction de ces faisceaux est descendante (de la peau à la muqueuse) pour la lèvre supérieure. Leur origine cutanée va depuis la première jusqu'à la dixième ou même la quatorzième rangée de follicules pileux. Dans la muqueuse ils occupent l'espace compris entre la première rangée de glandes en grappe qu'ils traversent en partie et le point le plus haut de la lèvre. »

Le volume des muscles croît du milieu de la lèvre à son extrémité. Le muscle de Klein est bien développé chez le nouveau-né.

Pour Klein les fibres du muscle droit se déterminent en éventail dans la muqueuse et rarement dans la zone de transition entre la muqueuse et la peau.

Après cette description et après examen des observations citées, il nous paraît plus vraisemblable d'admettre que c'est le relâchement ou l'atrophie des fibres de ce muscle droit qui est en cause. Cette déficience du muscle serait capable d'entraîner une pose de la muqueuse sollicitée par son propre poids.

Le fait que le muscle de Klein est plus développé à la partie moyenne de la lèvre pourrait expliquer la forme bilobée du bourrelet constatée dans les obs. I, III et IV.

Sous quelle influence se seraient développés les troubles musculaires ?

Nous n'avons trouvé dans les observations citées aucun élément qui permette d'élucider le problème.

L'affection semble s'être établie insidieusement, sans œdèmes préalables, elle ne s'est accompagnée, durant son évolution, d'aucun trouble général ni local qui ait attiré l'attention du malade ou des parents.

Ascher s'est demandé s'il fallait rapprocher la double lèvre des œdèmes décrits au cours de la maladie de Basedow.

Aucun des cinq malades ne présentait de signes de Basedowisme. Les porteurs de goitre avaient vu le trouble labial s'établir dans l'enfance, alors que la tumeur thyroïdienne ne s'était développée que dans l'adolescence.

L'influence du sexe semble nulle, quant à celle de l'hérédité la rareté des cas décrits ne nous permet pas de nous prononcer.

## BLEPHAROCALAZIS et DOUBLE LÈVRE SUPÉRIEURE

A côté des cas où le Bl. existait seul on en a décrit où il était accompagné d'autres affections;

Sichel: Ptosis lipomateux; Strabisme et epicanthus.

Hotz: Ptosis atonique survenu après une fièvre puerpérale.

Lodato: Bl. avec troubles vaso-moteurs et névralgies du trijumeau.

Beaucoup d'auteurs ont signalé l'association de B avec des troubles angionévrotiques.

Lawson et Sutherland mentionnent la fréquence de l'albuminurie. Jeunisson des troubles intellectuels.

La coexistence Bl. et double lèvre n'avait jamais été signalée avant 1920.

Il a paru intéressant de rechercher s'il y avait la simple coïncidence, ou au contraire s'il existait une relation entre les deux affections qui permit d'expliquer leur coexistence.

Les cas où le Blepharochalazis s'accompagne de double lèvre, semblent être relativement rares. Nous n'en avons trouvé que deux parmi une dizaine d'observations de Bl. recueillies dans le service d'ophtalmologie de Lariboisière depuis sa fondation.

Outre les deux observations typiques d'Ascher que nous avons citées cet auteur en rapporte quatre autres moins détaillées; ce qui porte à 8 le nombre des cas observés jusqu'ici.

A ces 8 cas, et pendant la même période de recherches, nous n'avons à opposer qu'un cas où la « double lèvre supérieure » du type acquis existait seule.

Les deux affections palpébrale et labiale débutent toutes les deux dans la seconde enfance.

Quand les renseignements fournis peuvent être précisés on apprend que les accroissements de la paupière et de la lèvre se sont faits parallèlement. Ils ont atteints ensemble un maximum qui ne s'est pas modifié pendant plusieurs années.

Les symptômes du Blepharochalazis et de la double lèvre sont comparables jusqu'à un certain point.

Il s'agit d'une ptose qui atteint les paupières et la lèvre *supérieures*, organes tous deux soumis directement à l'action de leur poids. Cette ptose intéresse les tissus de recouvrement, la peau pour la paupière, la muqueuse pour la lèvre.

Les lésions anatomo-pathologiques, par contre ne sont pas superposables.

Tandis qu'on ne trouve au niveau de la lèvre aucune modification tranchée de la muqueuse (1) la peau des paupières est au contraire nettement attérée.

A l'atrophie de la peau et du tissu cellulaire, sous-jacent, il faut ajouter les troubles vasculaires dont nous avons exposé plus haut la pathogénie suivant les divers auteurs.

Si l'on admet le mécanisme que nous avons proposé pour expliquer la ptose cutanée et muqueuse, il y a là encore un trait commun aux deux affections.

C'est l'atrophie ou le relâchement d'un muscle qui normalement assure par ses insertions cutanées ou muqueuses la suspension de la peau ou de la muqueuse, c'est à dire:

Du releveur pour la paupière supérieure,  
du muscle de Klein pour la lèvre.

La différence de degré dans l'atteinte des deux organes pourrait peut-être, en partie s'expliquer de la manière suivante:

La fente palpébrale est ouverte presque constamment en dehors du sommeil, la peau de la paupière supérieure est de ce fait abandonnée à son propre poids. La bouche par contre est presque toujours fermée aussi la lèvre supérieure trouve-t-elle, pendant l'occlusion, un soutien relatif dans son contact avec la lèvre inférieure.

Sous quelle influence cette déficience musculaire localisée s'est-elle produite ?

De nombreuses hypothèses, comme nous l'avons vu, ont été proposées qui étaient justifiées par des cas particuliers.

S'il est vraisemblable qu'il s'agisse d'une cause générale, il n'en est pas moins vrai, que rien ne nous autorise jusqu'ici à admettre une théorie qui puisse s'appliquer à tous les cas étudiés.

L'existence d'un goitre parenchymateux, non basidowien chez plusieurs des malades étudiés ne semble pas devoir éclaircir le problème. Il faut d'ailleurs ajouter que les 4 sujets porteurs de goitres cités par Ascher étaient originaires de Bohême.

## CONCLUSIONS

---

Nous avons eu l'occasion d'étudier chez huit sujets l'existence simultanée de 2 affections rares: le Blepharochalazis et la double lèvre supérieure (acquise).

Cette coexistence ne paraît pas être une simple coïncidence:

1°) Dans un même laps de temps alors que l'on constatait 8 fois le syndrome B. et DLC on n'observait qu'un cas de double lèvre supérieure isolée;

2°) Il existe entre le Blepharochalazis et la double lèvre supérieure de nombreux points communs qui permettent de les rapprocher l'un de l'autre:

Leur début simultané,

Leur évolution parallèle,

Leurs symptômes analogues: ptose d'un tissu de revêtement:

peau de la paupière supérieure,  
muqueuse de la lèvre supérieure.

Mécanisme comparable: relâchement des muscles qui par leurs insertions cutanées ou muqueuses assurent le soutien de l'organe.

Nous ajouterons que le traitement est identique: c'est la résection du tissu ptosé.

Vu : Le Doyen                      Vu : Le Président de la thèse  
ROGER                      P. LECÈNE

Vu et permis d'imprimer:  
Le Recteur de l'Académie de Paris  
P. LAPIE

## BIBLIOGRAPHIE

---

- ALIBERT. — Monographie des dermatoses (1835. Tome II, p. 719).
- ANTONELLI. — Lipome plat diffus symétrique des paupières. Soc. française d'ophtalmologie (1896, p. 223).
- ASCHER. — Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde (1920; Tome LXV, p. 89).
- BACH. — Über symmetrische Lipomatosis der Oberlider Archiv für A. (1906-54).
- BIELD. — Innere Sekretion (1916).
- BOOTH. — Cité par von Sattler a. a. o. (page 301).
- BUSINELLI. — Clinica moderna (1896).
- CHARCOT et SOUQUES. — Géromorphisme cutané. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière (tome IV).
- CHVOSTEK. — Cité par von Sattler a. a. o. (page 301).
- COLOMBINI. — Studio istologico clinica su di un caso de dermatite atrofizzante clinica moderna (1898).
- COPPEZ. — Journal médical de Bruxelles (1898).
- CORNIL et RAUVIER. — Anatomie pathologique.
- DALEN. — Hygiea (1902).
- DESCHAMPS. — Cité par Czermak.
- FEHR. — Centrblatt für Augenheilkunde (1898).

- FUCHS. — Über Blépharochalazis Soc. méd. Vienne.  
Wiener med. Wochenschrift (1896).
- GAILLARD. — Œdème idiopathique aigu des paupières.  
Annales oculistiques (t. 125, p. 138).
- GINESTOUS. — Un cas de Blépharocholazis. Gazette  
hebd. sciences méd. Bordeaux (1913, 27, p. 7).
- GOWERS. — Maladie de Basedow.
- GUINARD. — Précis de Tératologie.
- HAAB et TERSON. — Atlas des maladies externes de  
l'œil.
- HECKEL, Ed. B. — American Journal ophtalmology  
(1921, p. 273).
- HIRSCHL. — Die alimentaire glycosurie bei Basedow.  
Psych und Neur. (1902. 22, p. 197).
- HOTZ. — Über das Wesen und die operation des Ptoſis  
atonica Archives für augenheil. (1880. g. p. (95) :
- JENISON NANCY Bl. — Journal of the american med.  
Ass. (1915).
- KAPOSI. — Wiener dermatologische gesellschaft (24-3-  
1897).
- KLEIN. — Zur Kenntniss des Baues der Mundlippen des  
neugeborenen Kinder. Sitzungsberichte der Wiener  
Akademie (Dec. 1868. Baud LVIII).
- LAFFON et VILLEMONT. — Blépharochalazis hérédi-  
taire avec dacrysadenoptose. Arch. opht. (oct. 1906).
- LAWSON and SUTHERLAND. — Persistent non in-  
flammatory œdem of both upperlids. Transactoph.  
Soc. of the med. Kgd. (1906-26).
- LE CALVE. — Th. Paris (1901).

LODATO. — Blepharocalasi Arch. ott. Palermo (1903).

LOESER. — Über Blepharochalazis. Arch. für Augen-  
heil (1908, p. 252).

LOGEZ. — Lymphangiome congénital et macrocheilie  
Thèse Paris (1901-02).

LUSCHKA. — Über die Leichenveränderungen an der  
Mundlippen Neugeborenen. Zeitschrift für ration-  
nelle Medizin (Band. XVIII).

MACKENZIE. — Maladies de l'œil.

MARTIN. — Anthropologie (1914. p. 439).

MASUGI. — Topographie des glandes lacrymales des  
Japonais. Journal de Morphologie et anthropologie  
(1912, p. 274).

MEIGE et ALLARD. — Maladie de Basedow avec œde-  
me des paupières et tendance au sommeil. Revue  
néurologique (1908, p. 255).

MORAX. — Pathologie oculaire.

NEUSTATTER. — Über den Lippensaum des Mens-  
chen usw. Jenaische Zeitschrift f. Naturwiss. (1895.  
p. 345).

PANAS. — Leçons cliniques d'ophtalmologie (1903).

PICK. — Deutsche medizin Wochenschrift (1899).

POIRIER. — Traité d'anatomie humaine (tome V, fas  
2, tome III).

POSPELOW. — 1 cas d'atrophie idiopathique de la peau.  
Ann. de Dermatologie dept. (1886).

PROUST. — Thèse Paris (1903).

ROHMER. — L'angiomégalie des paupières. Archives  
opht (1909).

- ROY. — Le muscle orbiculaire des lèvres. Th. Bordeaux  
1890).
- SCIMENI. — Dermatolisi palpébrale Bl. de Fuchs. Boll.  
della soc. cult della scienze med. i naturali. Cagliari  
(1907, n° 4).
- SERINI. — Sur le Bl. Soc. d'opht. (1906). Arch. opht.  
(1906).
- SÉE. — Chalazodermie. In pratique dermatologique Brocq  
Jacquet (Tome I).
- SICHEL. — Annales oc. (1844).
- SCHMIDT-RIMPLER. — Centralblatt für Augenheil-  
kunde (1899).
- STIEREN. — Bleph. report of two cases. Transact of  
the amer. opht. Soc. (1915, p. 713).
- TAYLOR. — A cas of idiopathie atrophy of the skin.  
Journal of cutaneous deases (1895, p. 152).
- TERSON. — Dermatolysie palpébrale. Arch. opht. (1904,  
p. 346).
- VALUDE LAGRANGE. — Encyclopédie d'ophtalmolo-  
gie.
- DE WECKER. — Traite d'ophtalmolog'ie.
- WERTHEIMER. — De la structude du bord libre de la  
lèvre aux divers âges. Arch. gén. de médecine Paris  
(1883).
- WICHERKIEWIEZ. — Wiener medizin Wochens-  
chrift (1898).
-



